

ÚLCERA MIXTA CRÓNICA DE LA PIERNA RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PALIATIVO EN 132 PACIENTES

Enrique G. Bertranou, Marta Deger, Romina Osses, Sergio Gonorazky, Jorge E. Basso, Andrés E. Otero

ABSTRACT

Introduction. The similar clinical features of a group of chronic leg ulcer, determine the inclusion under a distinct group called «mixed chronic leg ulcer» (MCLU) for its better management.

Objectives. To describe clinical presentation of MCLU and evaluate the results of leg ulcer palliative care (LUPC) program.

Description. Disease with remote possibilities of cure, resulting from irreversible venous or arteriolar ulcer impairment. Clinical findings: elderly patients; venous, arteriolar and lymphatic involvement; torpid evolution, great size, unbearable pain; no foot gangrene; no cognitive deterioration.

Methods. LUPC program features: Information to patient and family about the disease and its remote possibility of cure; pain relief; self ulcer dressing at home; weekly visit to adjust treatment.

Patients. Study period: April 1990-October 2002. Total: 132 patients; women: 90; age entering the program: 74,5 years old; men: 37, age entering the program: 71,7 years old ($p=NS$); dead patients: 58; censured patients: 74 (amputees 5; lost in the follow-up 46; end of study: 23).

Results. Satisfactory patient/family treatment compliance. Adequate pain management. Actuarial survival: first year 93%, sixth year 53%, twelfth year 0%. Median survival: 7,2 years. Cost: \$152 patient/month.

Conclusions. 1) Patients/family compliance of LUPC program, adequate ulcer maintenance, satisfactory pain control 2) High patient survival despite MCLU presence. 3) No survival difference between patients and controls. 4) MCLU management with complex diagnostic and therapeutic methods is futile.

RESUMEN

Introducción. Las manifestaciones clínicas de un tipo de úlcera crónica de la pierna de mal pronóstico, llevó a reunir las bajo el nombre de úlcera mixta crónica (UMC). Resulta de un agravamiento de la úlcera venosa y la arteriolar.

Objetivos. a) Describir el cuadro clínico de la úlcera mixta crónica; b) Evaluar los resultados del programa «cuidados paliativos de úlcera» (CPU).

Descripción. Enfermedad con remotas posibilidades de curación, personas arias, compromiso arterial, venoso y linfático, antecedentes de larga data, evolución tórpida, gran

tamaño, dolor intolerable, respuesta pobre al tratamiento. Nunca está presente la gangrena de pie ni el deterioro cognitivo.

Material y Métodos. Período de estudio: abril de 1990 a octubre de 2002. Programa CPU. Total de pacientes: 132; mujeres: 90; edad de ingreso al programa: 74,5 años; hombres: 37, edad de ingreso al programa: 71,7 años ($p=NS$); pacientes muertos: 58; pacientes censurados: 74 (amputados 5; perdidos en seguimiento 46; fin de estudio 23). Programa CPU: Informar al paciente y a la familia la patología; calmar el dolor; auto curación de la úlcera en domicilio; visitas periódicas a la Clínica de Úlceras para ajustar tratamiento.

Resultados. Aceptación del tratamiento por paciente y familia. Buen manejo del dolor, llegándose al uso de licor de morfina en el 15% de los pacientes. Internación por celulitis: 11



Figura 1. Úlcera mixta crónica. Originalmente se trataba de una úlcera arteriolar hipertensiva.



Figura 2. Úlcera mixta crónica. Originalmente se trataba de una úlcera venosa.

pacientes (8.3 %); costo calculado del tratamiento \$152 por mes; supervivencia actuarial: 1º año 93 %; 3º año 80%; 6º año 53%; 9º año 25%; 12º año 0%, mediana de la supervivencia 7,2 años; la incorporación de la úlcera mixta crónica a la Medicina Paliativa resulta conveniente.

Conclusiones. 1) Supervivencia alta a pesar de la UMC 2) Aceptación por paciente y familia del programa CPU. 3) Mantenimiento de la úlcera y control del dolor adecuados. 4) Relación costo beneficio satisfactoria 5) El tratamiento de la UMC con medidas diagnósticas y terapéuticas sofisticadas es fútil.

INTRODUCCIÓN

Se trata en la Clínica de Úlceras un creciente número de pacientes portadores de úlceras de pierna crónicas que cambian de características con el tiempo, que no responden al tratamiento y que son difíciles de clasificar entre las más frecuentes en nuestra práctica (venosas y arteriolares). En la literatura se encontraron definiciones que pueden responder a la patología aludida bajo el nombre de *non-healing leg ulcer*¹⁻³. En un informe conjunto de especialistas del Reino Unido (SIGN Publication, 26, 1998) se menciona *mixed ulcer* sin describir la etiología, la patogenia, las manifestaciones clínicas y el tratamiento. La falta de criterios uniformes llevó a reunir ese tipo de úlceras en un grupo con rasgos comunes a efectos de ofrecer a la comunidad médica y al paciente un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado adjudicándole el nombre de «úlcera mixta crónica».

El objetivo del trabajo es: a) describir la enfermedad en detalle tratando de que sea reconocida como entidad nosológica distinguible claramente, b) describir el enfoque paliativo del tratamiento, c) expresar los resultados del mismo en un período de 12 años.

ÚLCERA MIXTA CRÓNICA COMO ENTIDAD CLÍNICA PARTICULAR Y ESPECÍFICA

Definición

Se le ha dado el nombre de «mixta crónica» porque es el resultado del compromiso de la circulación venosa⁴ arterial⁵, arteriolar⁶ y linfática⁷. La padecen personas de edad avanzada, es de larga data, de evolución muy lenta y con respuesta pobre a los tratamientos. Lo anotado lleva a considerar que su cierre definitivo tenga remotas posibilidades de lograrse.

Manifestaciones clínicas

Las más frecuentes son: edad avanzada, sexo femenino, antecedentes de larga data de várices y/o insuficiencia venosa profunda, antecedentes de úlcera arteriolar hipertensiva de Martorell, evolución tórpida y lenta, dolor intenso (sobre todo nocturno), respuesta nula al tratamiento en los últimos meses, llenado capilar en más de 5 segundos, pulsos periféricos ausentes (no excluyente), edema venoso y/o linfático, sin signos

francos de gangrena del pie y pierna, trasudado abundante, hipertensión arterial, edema linfático en el dorso del pie. Con respecto a las características de la úlcera se puede mencionar: gran tamaño, localización en tobillo y dorso del pie, lesión excavada, bordes irregulares atónicos, rodeada de piel esclerosada, eritematosa, pruriginosa denominada «inestable» (puede ulcerarse), piel más allá de región esclerosada con trastornos tróficos (lipodermatoesclerosis crónica), lecho con tejido necrótico, con regiones de tejido de granulación delgado y sin vitalidad y zonas con depósito de fibrina, con tendones flexores y extensores expuestos (no excluyente) (figs. 1 y 2).

Patogenia

a) La insuficiencia venosa de larga data puede ser el comienzo del proceso. La úlcera venosa producto de una insuficiencia venosa superficial y/o profunda puede evolucionar hacia la cronicidad cuando por factores como el envejecimiento fisiológico, la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, la arterioloesclerosis y la diabetes se llega a un deterioro extremo de la oxigenación tisular del pie y pierna.

b) Una úlcera arteriolar hipertensiva de larga data, sin mostrar patología venosa alguna, puede llegar a encuadrarse dentro de las úlceras mixtas crónicas cuando por factores como el envejecimiento fisiológico, la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, la arterioloesclerosis y la diabetes se llega a un deterioro extremo de la oxigenación tisular del pie y pierna.

Acceso del paciente al diagnóstico

Primera forma de acceso.

Se trata de pacientes de edad avanzada que se presentan a la Clínica con una úlcera de larga evolución de origen generalmente venoso con arterio y arterioloesclerosis y/o diabetes y/o hipertensión arterial, que han sido tratados por una extensa variedad de métodos tales como: cirugías venosas, curaciones abiertas, curaciones cerradas con cremas antibióticas, membranas, uso o no de elastocompresión con media o venda elástica, injerto de piel autólogo o cámara hiperbárica, etc. El tratamiento ha fracasado repetidas veces y la úlcera que, como todas las de origen venoso es poco dolorosa, pasa a presentar dolor intolerable sobre todo durante la noche por isquemia, lo que hace difícil la elastocompresión. En esas condiciones el paciente limita su actividad, pasa gran parte del día sentado con las piernas pendientes lo que dificulta el retorno venoso y linfático que agregado al edema propio de la retención hídrica por ingesta de sal, hace que la úlcera sea secretante con trasudado que humedece la curación. Se constata que no presenta pulsos periféricos por examen con Doppler o son muy débiles. Las posibilidades de curación de la úlcera son remotas. Los pacientes llegan a la Clínica de Úlceras luego del fracaso del tratamiento fuera de la institución, como última instancia suya y de familiares

con expectativas de curación irracionales.

Segunda forma de acceso.

En ciertas circunstancias los pacientes son conocidos de la Clínica Úlceras durante años por el tratamiento estándar de las úlceras venosas con una evolución lenta y tórpida, no candidatos a cirugía alguna, pero que mantienen una circulación arterial periférica aceptable. Progresivamente por los factores mencionados en el apartado patogenia, los enfermos comienzan a presentar dolor intenso sobre todo nocturno que necesita potentes analgésicos y que se debe a oclusión arterial periférica verificada por Doppler. Desde ese momento las posibilidades de curación son remotas.

Tercera forma de acceso.

Algunos pacientes llegan a la Clínica de Úlceras o son conocidos en ella por presentar una úlcera arteriolar hipertensiva de larga data sin patología venosa alguna, a los cuales en algún momento de su lenta evolución y por las razones descriptas en el capítulo patogenia se deteriora apareciendo dolor intolerable por oclusión de las arterias periféricas no detectándose señal de Doppler o ésta es débil. El paciente no es candidato para cirugía alguna. A partir de ese momento las posibilidades de curación son remotas.

Contexto psico-social

Aquellos pacientes que conservan un estado cognitivo cercano a la normalidad manifiestan gran ansiedad, casi desesperación por la falta de progreso hacia la curación o más aún por el deterioro progresivo de la úlcera, además del dolor intolerable. Frecuentemente están acompañados por uno o varios familiares, sobre todo si presentan un estado cognitivo disminuido, tan preocupados como el enfermo y mostrando comportamientos que van desde la piedad pasando por la actitud querellante hasta el desapego. En casos de incontinencia familiar se destaca la soledad y el bajo nivel económico como causas agravantes.



Figura 3. Supervivencia actuarial de la úlcera mixta crónica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes

Período de estudio: abril de 1990 a octubre de 2002. El tratamiento se realizó según el Programa Cuidados Paliativos de Úlcera convalidado por el Comité de Bioética en abril de 1999.

La edad y el número de pacientes se muestran en tabla 1.

Para el análisis actuarial se consideran los pacientes muertos 58 y los pacientes censurados 74 (amputados 5; perdidos de seguimiento 46; fin de estudio 23).

Métodos

Descripción del programa Cuidados Paliativos de Úlcera: Informar al paciente y familia verbal y gráficamente sobre la patología; no claudicar en el tratamiento de la úlcera; evitar exámenes paraclínicos que no aportan cambio de orientación terapéutica alguna; evitar tratamientos que crean falsas expectativas (cámara hiperbárica, injertos, membranas, venotónicos y vasodilatadores, entre otros); prevenir la infección o tratarla si aparece; calmar el dolor con medicación de progresiva potencia hasta llegar al licor de morfina; curaciones diarias en domicilio con cremas antisépticas y cremas nutritivas peri-úlceras, vendaje elástico para favorecer el desbridamiento mecánico y para evitar el edema y la trasudación cuando el paciente es inactivo; estimular la actividad física con marchas. Durante las visitas periódicas a la Clínica de Úlceras se realiza desbridamiento quirúrgico, curación con crema de sulfadiazina de plata, vendaje con mediana compresión, control de analgesia, apoyo psicológico a pacientes y familiares y coordinación del trabajo con Servicio de Atención Domiciliaria. En pacientes postrados y/o incapaces de realizar la curación diaria indicada o por claudicación familiar, el Servicio de Atención Domiciliaria realiza curaciones en domicilio hasta 5 veces por semana.

RESULTADOS

La relación durante largos períodos permite determinar que hubo aceptación del tratamiento por parte del paciente y familia además de buena contención de los mismos por la Clínica de Úlceras.

Sólo 11 de 132 pacientes (8,3%) se apartaron temporalmente del programa de Cuidados Paliativos de Úlcera para reingresar luego del fracaso terapéutico.

Tabla 1. Datos de los pacientes.

Pacientes	Número	Edad ingreso en programa	Error estándar
Total	132		
Mujeres	90	74,5 años	1,4 años
Hombres	37	71,7 años	1,4 años

P = NS

Se logró un buen manejo del dolor, llegándose al uso de licor de morfina sólo en el 15% de los pacientes.

Índice de internación por complicaciones infecciosas (celulitis): 11 pacientes (8,3%). Costo calculado del tratamiento: \$152 por mes.

La supervivencia actuarial se muestra en tabla 2 y fig. 3.

La incorporación de la úlcera mixta crónica a la medicina paliativa resulta conveniente.

La diferencia entre la úlcera mixta crónica y las otras enfermedades terminales es su larga duración y la característica de no ser letal por sí misma.

DISCUSIÓN

Se hizo necesario elaborar un programa de manejo para el tratamiento de los pacientes portadores de úlcera mixta crónica dentro del marco de la racionalidad terapéutica, la contención del paciente y familiares, la ecuación costo-beneficio y los postulados de la Bioética. Es así que se elaboró el protocolo de úlcera mixta crónica y el programa Cuidados Paliativos de Úlcera.

En los últimos años se han publicado una serie de trabajos referidos a las úlceras de cierre lento de origen venoso o mixtas (*non healing leg ulcer*). Se cita la presencia del factor de necrosis tumoral alfa⁸, la deficiencia de fibronectina en las úlceras venosas de pacientes añosos⁹, la actividad disminuida de la metaloproteinasa¹⁰, la disminución de las proteínas totales y de la albúmina en úlceras crónicas con respecto a las de cierre rápido¹¹, la llegada al fin de la vida útil de los fibroblastos en úlceras venosas crónicas¹².

Curiosamente no se encuentran trabajos importantes en la literatura que hablen sobre el enfoque clínico, el tratamiento del dolor y de la atención de enfermería.

Es claro que nuestro servicio no dispone de la tecnología para realizar una investigación de base como la anotada, pero en contraste atiende un número creciente de pacientes añosos con úlceras de larga data, que no han evolucionado hacia la curación, seguidos hasta 12 años, con dolor intolerable y remotas posibilidades de éxito terapéutico. A ese tipo de pacientes se les debe ofrecer un tratamiento adecuado que cumpla con los requerimientos de los patrones de calidad de la atención médica. Es por eso que se ha realizado un estudio clínico sobre los primeros 132 pacientes con úlcera mixta crónica, elaborando pautas diagnósticas sencillas y eficaces para el manejo de la patología, dejando de lado los métodos diagnósticos sofisticados, fútiles y superfluos para centros con tendencias mercantilistas y la investigación de base para centros mejor dotados en recursos humanos, equipamientos y medios económicos.

Debido a la mala circulación venosa y linfática es necesario el uso durante el día de una venda elástica medianamente ajustada (30 a 40 mmHg) para mejorar el retorno sin entorpecer la circulación arterial, dado que manteniéndose sentado e inmóvil la superficie ul-

Tabla 2. Supervivencia actuarial (Kaplan y Meier).

Período	Supervivencia	Error estándar
1° año	93,4 %	0,02
2° año	91,3 %	0,03
3° año	80,2 %	0,04
4° año	68,0 %	0,05
5° año	65,2 %	0,05
6° año	53,5 %	0,06
7° año	42,4 %	0,06
8° año	35,4 %	0,06
9° año	25,0 %	0,06
10° año	22,5 %	0,06
11° año	18,0 %	0,06
12° año	0 %	0

cerada del paciente permite el paso del suero de la sangre a la superficie de la úlcera (trasudado), permitiendo que se moje la curación de manera importante.

De noche la úlcera duele más porque hay menos presión arterial y arteriolar en las piernas produciéndose el dolor isquémico. Es por eso que debe retirarse el vendaje elástico cuando el paciente duerme horizontal en la cama.

Durante el transcurso de la enfermedad pueden aparecer episodios de celulitis-erisipela desencadenados por micosis interdigital, por edema, inactividad y la permanencia en posición sentada con las piernas pendientes o sin causa aparente. Estos episodios son tratados con reposo en cama y antibióticos, siendo rara vez necesaria la internación.

El aporte del Servicio de Atención Domiciliaria es importante en casos de pacientes postrados, incapaces de realizar las curaciones, con disminución cognitiva o claudicación familiar.

Por último se hace necesario, en base al conocimiento clínico y la investigación clínica realizada, adoptar institucionalmente ante una patología crónica, incurable y con dolor intolerable, un tratamiento paliativo que permita mantener una pierna funcional sin dolor, con una úlcera limpia y libre de complicaciones.

CONCLUSIONES

1. La supervivencia fue alta a pesar de la presencia de la úlcera mixta crónica.
2. El programa Cuidados Paliativos de Úlcera mostró aceptación del paciente y de la familia.
3. El control del dolor fue aceptable.
4. El número de complicaciones infecciosas con hospitalización fue bajo.
5. La relación costo beneficio fue aceptable.
6. La incorporación de la úlcera mixta crónica a la Medicina Paliativa es conveniente.
7. Un estudio estadístico está en marcha para determinar si la úlcera mixta crónica es la responsable de la muerte o simplemente ésta sobreviene por envejecimiento además de las patologías de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerstein, MD. *The non-healing leg ulcer: peripheral vascular disease, chronic venous insufficiency and ischemic vasculitis. Ostomy-Wound-Management* 1996;42:9S-35S.
 2. Trengove, NJ; Bielefeldt-Ohmann H; Stacey MC. *Mitogenic activity and cytokine in non healing chronic leg ulcers. Wound Repair Regen* 2000;8:3-25.
 3. Kumins NH; Weinzweig N; Schuler JJ. *Free tissue transfer provides durable treatment for large nonhealing venous ulcer. J Vasc Surg* 2000;32:848-54.
 4. Bertranou EG, Vélez SE. *Tratamiento ambulatorio de la úlcera venosa. Actas Cardiovasc* 1997;8:55-8.
 5. Aquino R, Johnnides C, Makaroun M, Whittle JC, Muluk VS, Kelley ME, Muluk SC. *Natural history of claudication: long term-serial follow-up study of 1244 claudicants. J Vasc Surg* 2001;34:962-70.
 6. Bertranou EG, Gonorazky SE, Otero AE. *Ulcère artériolaire hypertensif de Martorell ; résultats du traitement ambulatoire sur 366 cas. Phébiologie* 2001;54:267-72.
 7. Eliska O, Eliskova M. *Morphology of lymphatics in human venous crural ulcers with lipodermatosclerosis. Lymphology* 2001;34:111-23.
 8. Wallace HJ, Stacey MC. *Levels of tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha) and soluble TNF receptors in chronic venous leg ulcer. Correlation to healing status. J Invest Dermatol* 1998;110:292-6.
 9. Herrick S, Ashcroft G, Irland G, Horan M, McCollum C, Ferguson M. *Up-regulation of elastase in acute wounds of healthy aged humans and chronic venous leg ulcer are associated with matrix degradation. Lab Invest* 1997;77:281-2.
 10. Trengove NJ, Stacey MC, MacAuley S, Bennett N, Gibson J, Burslem F, Murphy G, Schutz G. *Analysis of the acute and chronic wound environment: the role of proteases and their inhibitors. Wound Repair Regen* 1999;7:442-52.
 11. James TJ, Hughes MA, Cherry GW, Taylor RP. *Simple biochemical markers to asses chronic wounds. Wound Repair Regen* 2000;8:264-9.
 12. Agren MS, Steenfors HH, Dabelsteen S, Hansen JB, Dabelsteen E. *Proliferation and mitogenic response to PDGF-BB of fibroblasts isolated from chronic leg ulcer is ulcer-age dependent. J Invest Dermatol* 1999;112:463-9.
-